



BẢNG THÔNG TIN TÂM LÝ, SỨC KHỎE CỦA TRẺ TRƯỚC KHI VÀO TRƯỜNG

Thông tin về trẻ

Họ và tên trẻ:	Sinh ngày:	Giới tính:
Chỗ ở hiện nay:		
Điện thoại:		
Cân nặng khi sinh:	Chiều cao khi sinh:	

Gia đình

Họ tên cha:	Năm sinh:
Họ tên mẹ:	Năm sinh:

Những người thân khác trong gia đình thường xuyên tiếp xúc với trẻ:

Ông	Bà	Cô	Dì	Chú	Bác	Người giúp việc

Thức ăn

<input type="checkbox"/>	Bé đang ăn cháo xay nhuyễn	<input type="checkbox"/>	Bé có bị dị ứng với thức ăn?
<input type="checkbox"/>	Bé đang ăn cháo hạt	<input type="checkbox"/>	Không
<input type="checkbox"/>	Bé đang ăn cơm nát	<input type="checkbox"/>	Có (vui lòng ghi rõ):
<input type="checkbox"/>	Bé đang ăn cơm thường	
<input type="checkbox"/>	Bé đang ăn cơm, thức ăn trộn chung	
<input type="checkbox"/>	Bé đang ăn cơm, thức ăn để riêng	



Tự chăm sóc bản thân

Bé còn cần phải sử dụng tã giấy	Có		Không	
Bé đã bắt đầu tập gọi đi vệ sinh	Có		Không	
Bé đã biết gọi khi đi vệ sinh	Có		Không	
Bé cần giúp đỡ về thói quen khi đi vệ sinh	Có		Không	
Bé còn cần phải giúp gì khi mặc quần áo không?	Có		Không	

Ngủ

Bé ngủ bằng võng	Có		Không	
Bé ngủ bằng nôi	Có		Không	
Bé ngủ trên đệm	Có		Không	

Những đồ chơi hoặc những thứ đặc biệt bé cần khi đi ngủ:

Sức khỏe và bệnh

Bé có gặp bất kỳ các vấn đề sức khỏe nào dưới đây không? (Nếu có xin đánh vào ô)

<input type="checkbox"/>	Táo bón	<input type="checkbox"/>	Chấy, rận
<input type="checkbox"/>	Co giật	<input type="checkbox"/>	Ghè
<input type="checkbox"/>	Tiêu chảy	<input type="checkbox"/>	Ngứa da
<input type="checkbox"/>	Ngất xỉu	<input type="checkbox"/>	Vấn đề về thận niệu
<input type="checkbox"/>	Cảm thường xuyên	<input type="checkbox"/>	Đau dạ dày
<input type="checkbox"/>	Nhiễm trùng tai thường xuyên	<input type="checkbox"/>	Giun/sán
<input type="checkbox"/>	Viêm họng thường xuyên	<input type="checkbox"/>	Không có



Bé đang hoặc đã từng mắc những căn bệnh nào dưới đây không?

Hen suyễn	Có	Không	
Viêm phế quản	Có	Không	
Thuy đậu	Có	Không	
Tiểu đường	Có	Không	
Bệnh tim	Có	Không	
Viêm gan	Có	Không	
Chốc lở	Có	Không	
Sởi	Có	Không	
Quai bị	Có	Không	
Sởi Đức	Có	Không	
Ban đỏ	Có	Không	
Lao phổi	Có	Không	
Ho gà	Có	Không	

Các bệnh khác không có trong danh sách trên:

Chữ ký của Phụ huynh:	Ngày:
Họ và tên Phụ huynh:	

Cảm ơn Quý phụ huynh đã lựa chọn Pandakids.

(Trường hợp gửi bằng email, tên được xem như chữ ký điện tử và có giá trị như chữ ký thông thường)